Jesus Maria, 05 de Agosto del 2026

INFORME N° D000059-2026-DGIESP-DENOT-LGO-MINSA

A	:	**PERCY ALBERTO HERRERA AÑAZCO** DIRECTOR EJECUTIVO DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RARAS Y HUERFANAS
De	:	**LUIS ARTURO GAMERO OVIEDO** JEFE DE EQUIPO II DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RARAS Y HUERFANAS
Asunto	:	ATENCIÓN A LA RESOLUCIÓN DEL TTAIP (RESOLUCIÓN N° 001879-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA).
Referencia	:	a) Nota Informativa N° D001887-2026-SG-OTRANS-MINSA b) Cédula de Notificación N° D10971-2026-JUS/TTAIP-MINSA c) RESOLUCIÓN N° 001879-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA d) RESOLUCIÓN N° 001218-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA Expediente: 00897-2026-JUS/TTAIP N° Exp : 2026-0217671
Fecha	:	Jesus Maria, 05 de agosto de 2026

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y con relación a los documentos y asunto de la referencia, informar lo siguiente:

I. ANTECEDENTES

1.1 Con fecha 29 de enero de 2026, el ciudadano Augusto Jimmy Melo Trujillo presentó la Solicitud de Acceso a la Información Pública N° 26-000932, requiriendo lo siguiente:

- **Ítem 1:** *Copia simple del documento que contenga el procesamiento y sistematización de las sugerencias y comentarios al Proyecto de Reglamento de la Ley N° 30846, recepcionados por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 971-2025/MINSA*.
- **Ítem 2:** *Copia simple del documento que contenga la propuesta final del Reglamento de la Ley N° 30846, elaborada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 971-2025/MINSA*.

1.2 Mediante Memorándum N° D000574-2026-DGIESP-MINSA, de fecha 6 de febrero de 2026, se denegó inicialmente la solicitud invocando el supuesto de excepción

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

de confidencialidad (documento de trabajo interno) previsto en el numeral 1 del artículo 17 del TUO de la Ley de Transparencia.

1.3 Con fecha 24 de febrero de 2026, el administrado interpuso recurso de apelación contra el citado memorándum.

1.4 Con fecha 02 de marzo de 2026, la Segunda Sala del Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (TTAIP) emitió la **Resolución N° 001012-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA**, resolviendo:

> "*Artículo 1.- ADMITIR A TRÁMITE el recurso de apelación recaído en el Expediente de Apelación N° 00897-2026-JUS/TTAIP de fecha 24 de febrero de 2026, interpuesto por AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO contra el Memorándum N° D000574-2026- DGIESP-MINSA de fecha 6 de febrero de 2026, a través del cual el MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD atendió la solicitud de acceso a la información pública presentada con fecha 29 de enero de 2026, con Solicitud N° 26-000932.*
> *Artículo 2.- REQUERIR al MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD que, en el plazo de siete (7) días hábiles, proceda a remitir el expediente administrativo generado para la atención de la solicitud de acceso a la información pública presentada por AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO y formule los descargos correspondientes, de ser el caso.*"

1.5 En respuesta a la Resolución, con fecha 4 de abril de 2026, la DGIESP emitió el Memorándum N° D001636-2026-DGIESP-MINSA, variando parcialmente la postura inicial e indicando que el Ítem 1 se atendía mediante la matriz consolidada de fecha 30 de marzo de 2026, y que el Ítem 2 aún no había sido elaborado por encontrarse en proceso de análisis.

1.6 Con fecha 21 de abril de 2026, la Segunda Sala del Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (TTAIP) emitió la **Resolución N° 001879-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA**, resolviendo:

> *"**Artículo 1.- DECLARAR FUNDADO EN PARTE** el recurso de apelación interpuesto por **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO**; y, en consecuencia, **ORDENAR al MINISTERIO DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA** que entregue al recurrente la información pública requerida en el extremo referido al **ítem 1** de la solicitud de acceso a la información pública, conforme a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.*
> ***Artículo 2.- SOLICITAR** al **MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA** que, en un plazo de siete (7) días hábiles, acredite ante esta instancia el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.*
> ***Artículo 3.- DECLARAR INFUNDADO** el recurso de apelación interpuesto por **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO,** en el extremo referido al **ítem 2** de la solicitud de acceso a la información pública, conforme a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.*

1.7 Mediante Nota Informativa N° D001887-2026-SG-OTRANS-MINSA, la Oficina de Transparencia y Anticorrupción solicita a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública el cumplimiento estricto de la resolución señalada.

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

II. ANÁLISIS

2.1. Al respecto, la Resolución N° 001879-2026-JUS/TTAIP observó que respecto del **ítem 1**, con la matriz alcanzada la entidad estaría proporcionando un documento distinto al requerido. Dado que, se remitió la matriz de título de "Observaciones y comentarios del DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA **LEY N° 29698**, LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y PREFERENTE ATENCIÓN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS, MODIFICADO POR LA LEY N° 31738 (al 30/03/2026)"; sin embargo, el requerimiento expreso del recurrente versa sobre: "PROCESAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN DE LAS SUGERENCIAS Y COMENTARIOS AL PROYECTO DE REGLAMENTO DE LA **LEY 30846**". En ese sentido, el TTAIP considera que la entidad tiene la obligación de brindar una respuesta completa y congruente con lo requerido, debiendo pronunciarse específicamente sobre la información solicitada.

2.2. Sobre el particular, cabe precisar que el anexo del Memorándum N°D001636-2026-DGIESP-MINSA de fecha 04 de abril de 2026, enviado en respuesta RESOLUCIÓN N° 001218-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA, contiene un **error material involuntario** debido a que dice: "Matriz de observaciones y comentarios del DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA **LEY N° 29698**, LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y PREFERENTE ATENCIÓN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS, MODIFICADO POR LA LEY N° 31738 (al 30/03/2026)", debiendo decir: "**MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE APORTES DE LA OPINIÓN PÚBLICA A LA PROPUESTA NORMATIVA DE REGLAMENTO DE LA LEY N° 30846, LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS"**; sin embargo, el contenido recopilado siempre correspondió de manera íntegra al proyecto de Reglamento de la Ley N° 30846.

III. CONCLUSION

3.1. La Dirección de prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles Raras y Huérfanas (DENOT) adscrita a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), con el fin de garantizar los principios de claridad, congruencia y veracidad de la información del administrado, ha subsanado de forma inmediata el error material observado. Se adjunta al presente el archivo documento de trabajo borrador rectificado titulado de forma correcta: **"MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE APORTES DE LA OPINIÓN PÚBLICA A LA PROPUESTA NORMATIVA DE REGLAMENTO DE LA LEY N° 30846, LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS"**.

IV. RECOMENDACIÓN

4.1. Remitir a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública el presente informe a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción, a fin de notificar al ciudadano **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO** y remitir la acreditación de cumplimiento correspondiente a la **RESOLUCIÓN N° 001879-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA** dentro del plazo legal.

https://t.me/realintelligence wasap: @modointelligente

Lo que informo a Usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

LUIS ARTURO GAMERO OVIEDO
JEFE DE EQUIPO II
DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RARAS Y HUERFANAS

(LGO/JCC/DPH/jcc/dph)

Cc: Aida Gonzales Flores
Cc: Archivo

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE APORTES DE LA OPINIÓN PÚBLICA A LA PROPUESTA NORMATIVA DE REGLAMENTO DE LA LEY N° 30846, LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS

N°	OBSERVACIONES	ENTIDAD QUE OBSERVA	SE ACEPTA O NO/ JUSTIFICACIÓN O SUSTENTO DEL CAMBIO	PROPUESTA FINAL
1	**2. Definiciones** **2.1. Definición de "Calidad de vida" (4.1): eliminación de "cognitivo" en la expresión "psicológico/cognitivo"** Se propone sustituir en el 4.1 la frase "estado psicológico/cognitivo del paciente" por "estado psicológico del paciente", eliminando "/cognitivo" para evitar interpretaciones restrictivas y preservar coherencia con la Ley y el propio enfoque integral del Proyecto.	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Se acepta	**4.1. Calidad de vida:** Percepción que una persona tiene de su situación de vida, en relación con su contexto (cultura y sistemas de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones. La valoración de la calidad de vida incluye el estado de actividad física, la funcionalidad, el estado psicológico del paciente, la capacidad para mantener relaciones afectivas interpersonales y el propio juicio de sí mismo.
2	**2.2. Definición de "Cuidados paliativos" (4.3): ajuste gramatical y alineamiento terminológico (psicológico y social)** se propone: o Sustituir en el numeral 4.3 del Proyecto, por la frase: "...mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicológico, social o espiritual."	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Se acepta.	**4.3. Cuidados paliativos:** Es la atención que se ofrece a pacientes de toda edad y sus familias, que sufren por alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable, que limita o acorta la vida, con el objeto de mejorar su calidad de vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicológico, social o espiritual. Los cuidados paliativos no terminan con la muerte de la persona, sino que continúan con el soporte del duelo a la familia. Los cuidados paliativos son una intervención sanitaria, la cual puede

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

				ser complementaria al tratamiento específico de la enfermedad del paciente.
3	**2.2. Definición de "Cuidados paliativos" (4.3): ajuste gramatical y alineamiento terminológico (psicológico y social)** En el último párrafo indica que debe ser una intervención sanitaria en sí misma además de la de recuperativa, la de cuidados paliativos.	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Concertado y revisado con DPCAN. Mencionado en el PlanCP anterior.	Igual que arriba
4	**2.3. Definición de "Duelo" (4.4): limitada para el enfoque paliativo** **Dice:** Es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. **Duelo:** Proceso de adaptación ante la muerte o una pérdida significativa, que puede expresarse mediante respuestas como negación, ira, negociación, depresión y aceptación, las cuales pueden alternarse o coexistir sin seguir un orden fijo, (Kübler-Ross, 1969/1994), y en ciertos casos puede prolongarse o complicarse.	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Se considera una definición alterna, conjuntamente con la previamente establecida y el aporte del FEPAS	**4.4. Duelo:** Proceso natural de adaptación emocional, psicológica y social que experimenta una persona ante la muerte u otras pérdidas significativas, que se manifiesta en forma de sufrimiento, aflicción u otras respuestas emocionales.
5	**2.4. Definición de "Cuidado integral de salud" (4.2):** sugerimos se incluya en el segundo párrafo de esta definición, el registro de actividades de: Promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y de **cuidados paliativos…**	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Se acepta.	4.2. (…) Comprende por un lado las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud.

BORRADOR
https://t.me/realIntelligence wasap: @modointeligente

6	**2.5. Definición de "Enfermedad en Fase terminal" (4.7):** Debe incluirse la posible aparición de síntomas refractarios y sufrimiento severo en esta definición que podría requerir el uso de sedación paliativa de estos pacientes previo consentimiento informado.	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Sería mejor incluirla en las definiciones del Plan, mas no en el Reglamento para formular el PLANCP.	**4.7. Enfermedad en fase terminal:** Etapa final de una enfermedad avanzada donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible, por lo que el pronóstico se acerca al fallecimiento del paciente. Puede incluir múltiples síntomas y signos de deterioro, cambiantes y multifactoriales, que pueden ser refractarios al tratamiento, así como la pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva o establecida, todo ello puede ocasionar sufrimiento severo. El impacto de la enfermedad avanzada continúa o se hace mayor.
7	**Sugiere agregar:** **Definición de "Fase de agonía de la enfermedad" y "Situación de últimos días" (SUD)** Según criterios de Menten y Escalas pronósticas, debido a que es una fase de intensificación de las intervenciones en el paciente y su familia por el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, como lo explica en la definición: "La agonía o fase pre-mortem es el estado que comprende el agotamiento total de la reserva fisiológica y que progresa en forma irreversible hacia la muerte, que suele abarcar los 2 o 3 últimos días de vida".	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Definitivamente evaluar que sea incluido en las definiciones del PLANCP. (Porque este es un Reglamento para hacer un plan y no se refiere a esto en las demás consideraciones).	
8	Agregar los códigos CPM de procedimientos ESPECÍFICOS para cuidados paliativos: sedación paliativa, Instalación de catéter subcutáneo con entrenamiento a familiar en la administración de la medicación, instalación de infusor elastomérico subcutáneo. Se debe proteger la duración de la atención paliativa (Encajando como parte de atención diferenciada de los diferentes servicios como por Ejm Psiquiatria, Geriatria, etc); no menos a 30 min en pacientes continuadores y no menor a 45 min en pacientes nuevos, considerando a la atención paliativa como un abordaje multidimensional no solo al	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	Se debe tomar en cuenta que el Reglamento no es de una LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS. El Reglamento lo es de una Ley que crea un Plan para insertar los CP en el sistema nacional de salud. Nada que no esté en la Ley y no se vaya a desarrollar se puede agregar.	

	paciente sino al cuidador principal y familiares en los diferentes contextos de la atención. Reconocimiento específico para el financiamiento por el SIS para que se genere FUA específica (consulta externa, visita domiciliaria, urgencias paliativas, Procedimientos, Emisión de Certificado de defunción, otros) de la atención paliativa incluso hasta el fallecimiento del paciente que termina con la expedición del certificado de defunción a familia sufriente que genera uso logístico en tiempo y recursos. La atención de los pacientes con problemas de salud mental severos de considerarse tributarios de cuidados paliativos, debe tenerse en cuenta primero la atención por un equipo especializado de salud mental (Psiquiatra, enfermera especializada, otros) para el control de enfermedad mental (por ejemplo: Esquizofrenia), que permita la asistencia y atención de un equipo de cuidados paliativos en caso la enfermedad mental esté asociada a una enfermedad oncológica o enfermedad crónica avanzada que requiera atención por el equipo de cuidados paliativos. ● El reglamento debería considerar la creación de las UPSS Cuidados Paliativos en Hospitales de nivel II Y III. ● Se debe considerar el financiamiento específico y equitativo para los cuidados paliativos en pacientes con cáncer y con otras enfermedades crónicas avanzadas, que facilite el desarrollo de las intervenciones del PLAN CP.		Todo esto debe ser considerado en el mismo Plan CP en sí.	

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

9	Se advierte que el Proyecto carece de un capítulo operativo de seguimiento, evaluación y financiamiento del Plan Nacional, al no definir el órgano responsable, periodicidad y contenido de reportes, metodología y plazos de evaluación (intermedia y final), reglas de transparencia ni trazabilidad presupuestal; por tanto, no asegura una implementación verificable del eje legal de inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud. **6.1. Gobernanza y responsabilidades** **6.2. Seguimiento periódico y obligación de reportar** **6.3. Evaluación (intermedia y final) y productos obligatorios** **6.4. Indicadores, metas y gestión por resultados** **6.5. Transparencia y rendición de cuentas** **6.6. Financiamiento y trazabilidad presupuestal**	**HNCH** Equipo funcional de cuidados paliativos HNCH	No corresponde a un Decreto Supremo, regular estos detalles operativos. Estos se realizarán según la normatividad del MINSA para Planes Específicos. Aun así, se incluyó en las características del PLANCP, el objetivo general del mismo, ya que está indicado en la Ley 30846.	
10	Artículo 4.3 - Cuidados Paliativos **Debe decir:** Es la atención que se ofrece a pacientes de toda edad y sus familias, que sufren por alguna enfermedad severa, generalmente crónica y/o progresiva, **que requiere de cuidados paliativos por el impacto en su calidad de vida**, con el objeto de mejorar su calidad de vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento..." **JUSTIFICACIÓN:** • Alineado con definición OMS 2002 y consenso IAHPC 2020 • Los CP no son exclusivos de fase terminal, pueden ser complementarios al tratamiento curativo • Permite incluir pacientes oncológicos en tratamiento activo que requieren manejo de síntomas	FAP Departamento de Gerontología y Geriatría	Revisar. Se observa que sería redundante en la definición de CP.	
11	Artículo 4.11 - Teleconsulta **OBSERVACIÓN:** La definición no especifica las restricciones de teleconsulta en CP, especialmente para prescripción de opioides.	FAP Departamento de Gerontología y Geriatría	Revisar con DPCAN y OGAJ	**4.11. Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	PROPUESTA: Agregar párrafo que especifique que la teleconsulta está sujeta a las restricciones reguladas por las normas vigentes del MINSA sobre prescripción de medicamentos fiscalizados, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto de Urgencia N° 005-2024. **JUSTIFICACIÓN:** Clarifica límites legales y protege al profesional de salud de responsabilidad legal.			usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según sea el caso; cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos, incluyendo aquellos que son fiscalizados, y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
	Acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos El Reglamento no aborda de manera específica el acceso a medicamentos esenciales para CP, siendo este uno de los indicadores de la OMS donde Perú tiene calificación 1/4 (emergente) según el propio documento de Exposición de Motivos. **PROPUESTA DE MEJORA:** Incorporar un nuevo artículo en el Capítulo II: ***Artículo 9. Acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos***	FAP Departamento de Gerontología y Geriatría	No se acepta. La Ley no menciona abordaje de medicamentos, solo que se debe elaborar un Plan. La propuesta se puede incluir en el PLANCP.	
	Formación y capacitación en cuidados paliativos. **OBSERVACIÓN:** El documento reconoce que solo 2/42 facultades de medicina y 4/54 de enfermería tienen formación obligatoria en CP (indicador 1/4 emergente), pero el Reglamento no establece acciones para mejorar esta situación crítica. **PROPUESTA:** Incorporar nuevo artículo que establezca que el MINSA, en coordinación con el MINEDU y universidades, promoverá la inclusión de contenidos de CP en pregrado (40 horas mínimo), internado/Residentado (rotación obligatoria), y postgrado (especialización, diplomados, maestrías). Además, desarrollará Programa Nacional de Capacitación Continua con cursos virtuales gratuitos, talleres regionales, certificación	FAP Departamento de Gerontología y Geriatría	No se acepta. La Ley no menciona abordaje de medicamentos, solo que se debe elaborar un Plan. La propuesta se puede incluir en el PLANCP.	

	de competencias, acreditación de UCP y sedes docentes para fortalecer la formación avanzada con criterios y estándares que permitan ser monitorizados continuamente.			
	OBSERVACIÓN N° 5: Financiamiento y sostenibilidad del PLANCP **OBSERVACIÓN:** El Reglamento no aborda los mecanismos de financiamiento específicos para CP ni cómo se garantizará la sostenibilidad del PLANCP más allá del plazo de vigencia. **PROPUESTA:** Incorporar Disposición Complementaria que establezca: • **Presupuesto por Resultados (PpR):** Incorporar actividades de CP en programas presupuestales existentes • **Seguro Integral de Salud (SIS):** Incluir prestaciones de CP en el PEAS con tarifario específico • **EsSalud:** Incluir CP en cartera de servicios con financiamiento específico • **Evaluación de Programa Presupuestal específico:** MEF evaluará pertinencia de crear PP para CP	FAP Departamento de Gerontología y Geriatría	Esto haría que haya que hacer un AIR ex Ante. Sin embargo, el financiamiento de cada Plan Específico se puede abordar en la formulación del mismo PLANCP. Para incorporar actividades de CP no es necesario que figure en un DS, ya que en el marco del Plan anterior, DPCAN incorporó productos de CP en su PPR. Para el ítem del SIS hay que modificar la Ley del PEAS. Para el ítem de ESSALUD hay que hacer incidencia en un sector que no es el nuestro. Para el ítem de PPR específico, esto no es factible, debido a que los cuidados paliativos son una actividad transversal a muchos PPR, como 024, 016, 0131, etc.	
	En el artículo 8 sobre los enfoques; sugiero incluir: El enfoque del Plan de cuidados es centrado en el paciente según el principio ético de Ortotanasia, maximizando el bienestar y control sintomático en sus múltiples dimensiones basado en la trayectoria de la enfermedad con alcance a su red de cuidadores.	Hospital Militar Central	Podría revisarse este concepto para el PLANCP.	**8.1** a. Enfoque ético, y sus principios de beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no dañar) y ortotanasia.
	Artículo N° 01 Objeto precisar el rol articulador del MINSA como ente rector en la coordinación interinstitucional (DISA, ESSALUD, FF.AA., PNP, privadas y comunitarias), con miras a garantizar un modelo de atención paliativa integrado en todos los niveles de atención, y no fragmentado por sector.	DISAMAR NAVAL	Revisar a ver si se puede frasear. EN AMBITO DE APLICACIÓN	

	Artículo 2.- Finalidad Se sugiere reforzar el enfoque de salud pública en cuidados paliativos, incorporando indicadores de acceso, equidad y continuidad asistencial.	DISAMAR NAVAL	Indicadores se incorporarán en el PLANCP	
	Artículo 3.- Ámbito de aplicación …se recomienda incluir expresamente la participación del sector privado y comunitario, así como el rol de los gobiernos locales en la implementación territorial. Esto favorecería la expansión del modelo de cuidados paliativos comunitarios, especialmente en regiones rurales y amazónicas.	DISAMAR NAVAL	No se acepta. Esto se puede detallar en el PLANCP	
	Artículo 4.- Definiciones **4.1. Calidad de Vida:** Se recomienda incluir la evaluación paliativa integral continua mediante instrumentos validados (Ej.: EORTC QLQ-C15-PAL, ESAS, Barthel, PPS, Zarit) para fortalecer la medición objetiva del impacto de los cuidados paliativos.	DISAMAR NAVAL	Esto se puede detallar en el PLANCP.	
	4.2 Cuidado Integral de la Salud Sería relevante resaltar la integración del componente espiritual como parte del bienestar integral, aspecto central en el acompañamiento paliativo, asimismo promover la formación del equipo en el aspecto espiritual para optimizar los cuidados.	DISAMAR NAVAL	Concepto es concordante con la normatividad MINSA, Bases conceptuales para el fortalecimiento de la rectoría. Aunque está tal como el documento técnico de fortalecimiento de la rectoría.	
	Se propone una definición adicional de **"Unidades de Soporte y Acompañamiento al Final de Vida**": son servicios especializados de atención paliativa integral que ofrecen soporte clínico, emocional, espiritual y familiar durante la etapa final de la vida y el proceso de duelo ya que son unidades que brindan cuidados continuos en contextos de mediana y larga estancia. Agregar las unidades de paliativos geriátricas ya que al tener una prevalencia importante del cuidado paliativo en este grupo etario es importante mencionar su existencia para el desarrollo de las ya existentes y promover la formación de nuevas unidades.	DISAMAR NAVAL	Se incluye en las intervenciones en CP, artículo 8°, numeral 8.4.	**8.4.** Las intervenciones que considera el PLANCP para la atención de los CP, según la IPRESS y el nivel de atención que corresponda, son las siguientes: a. Atención intramural de CP: Atención en servicios de CP, interconsulta del paciente hospitalizado en otros servicios, urgencias paliativas, atención ambulatoria.

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	4.4. Duelo. Recomendación: incorporar la figura del “duelo anticipado” y la necesidad de soporte estructurado post-duelo por parte de los equipos interdisciplinarios.	DISAMAR NAVAL	Solo se abordará la definición. Los tipos se pueden de duelo y las intervenciones post- duelo se pueden abordar en el PLANCP.	
	4.6. Enfermedad en fase avanzada Sería útil incluir el concepto de “cuidados de soporte” para fortalecer la continuidad entre fases	DISAMAR NAVAL	Solo se abordará la definición. La forma de abordaje se puede precisar en el PLANCP.	
	4.7. Enfermedad en fase terminal Se podría agregar el término “fase final de vida”, siguiendo la clasificación de la European Association for Palliative Care (EAPC).	DISAMAR NAVAL	Se acepta de la sgte manera:	4.7. Enfermedad en fase terminal: Etapa final de una enfermedad avanzada donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible, por lo que el pronóstico se acerca al fallecimiento del paciente, siendo la fase final de su vida. Puede incluir múltiples síntomas y signos de deterioro, cambiantes y multifactoriales, que pueden ser refractarios al tratamiento, así como la pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva o establecida, todo ello puede ocasionar sufrimiento severo. El impacto de la enfermedad avanzada continúa o se hace mayor.
	4.9. Interculturalidad en Salud Recomendación: enfatizar que la inclusión debe basarse en criterios de necesidad y no de diagnóstico, promoviendo la equidad de acceso para condiciones no oncológicas.	DISAMAR NAVAL	La definición corresponde a la normatividad.	
	Artículo 5. Acrónimos Recomendación: incorporar acrónimos de equipos de soporte (ECP, PAD-CP) y Telesalud Paliativa, para reforzar la visión de red.	DISAMAR NAVAL	No se han usado estos términos en la redacción del DS.	
	Artículo 6.- Elaboración del PLANCP **Coherente.** Se sugiere que el MINSA garantice la participación efectiva de los Comités Regionales de Cuidados Paliativos y la inclusión de representantes de pacientes y cuidadores durante la formulación del Plan.	DISAMAR NAVAL	Se puede plantear en la formulación del PLANCP.	
	Artículo 8.- Características del PLANCP **8.1. Enfoques:**	DISAMAR NAVAL	Esto corresponde Modelo de Cuidado Integral de la Salud, que considera al paciente en el	

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	Pertinentes. Se recomienda añadir el enfoque de atención centrada en la persona y la perspectiva de curso de vida, así como establecer indicadores de evaluación por cada enfoque aplicado.		contexto de su persona, familia y comunidad. (Art 8, numeral 8.1)	
	8.2. Objetivo General Alineado con estándares internacionales. Se sugiere detallar la estrategia de incorporación de CP en atención primaria, con metas progresivas de cobertura nacional.	DISAMAR NAVAL	Esto está en la Ley, no puede cambiar. Las metas de cobertura se incorporarán en el PLANCP.	
	8.3. Contenido Se recomienda incorporar un componente de investigación e innovación en CP, fomentando evidencia local para sustentar políticas públicas.	DISAMAR NAVAL	Se realizará en el PLANCP.	
	8.4 Intervenciones en CP: Se sugiere reforzar la articulación de servicios hospitalarios, domiciliarios y comunitarios, y garantizar financiamiento sostenible para equipos interdisciplinarios y Telesalud. *Asimismo, se recomienda la formación de Unidades de Soporte y Acompañamiento al Final de Vida (Hospice), como espacios residenciales o institucionales dedicados a brindar cuidados paliativos integrales en la fase final de vida."*	DISAMAR NAVAL	Considerar agregarlo aquí	
	8.5. Se recomienda fortalecer el rol de las RIS como ejes de implementación operativa, asegurando supervisión técnica y retroalimentación continua.	DISAMAR NAVAL		
	8.6. Las actividades y acciones del PLANCP Se sugiere formalizar la acreditación de competencias del personal y promover programas de formación continua en CP para médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos y voluntarios, en articulación con universidades y colegios profesionales. En base a la posibilidad de la formación de Unidades de Soporte y Acompañamiento, se puede considerar la siguiente acción: "El PLANCP promueve la implementación progresiva de Unidades de Soporte y Acompañamiento al Final de Vida (Hospice), especialmente en hospitales nacionales, regionales y redes integradas, como modelos demostrativos de atención integral y digna."	DISAMAR NAVAL	Considerar para el PLANCP.	**8.4.** Las intervenciones que considera el PLANCP para la atención de los CP, según la IPRESS y el nivel de atención que corresponda, son las siguientes: f. Atención a pacientes que requieren CP en otros ámbitos extramurales: Albergues, hogares protegidos u otros centros de atención residencial.

	DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES **PRIMERA. - Día Nacional y Mundial de los Cuidados Paliativos** Se recomienda vincularla a campañas nacionales de sensibilización y educación comunitaria, resaltando la importancia de los CUIDADOS PALIATIVOS como derecho.	DISAMAR NAVAL	Se desarrollará en el PLANCP	
	SEGUNDA. - Conformación de Grupo de Trabajo Multisectorial Se sugiere asegurar la participación activa de expertos clínicos y representantes de los servicios regionales, garantizando continuidad técnica y sostenibilidad en la implementación.	DISAMAR NAVAL	Para el PLANCP	
	Inicio oportuno de los cuidados paliativos **Artículo 8.6.a (Actividades y acciones del PLANCP) / Artículo 4.8 (Enfermedad que requiere de cuidados paliativos)** **Observación:** El artículo "8.6.a" establece que las actividades del PLANCP abarcan la ''identificación temprana de los pacientes que requieren cuidados paliativos'', sin precisar criterios operativos que permitan evaluar su cumplimiento. **Sugerencia:** Incorporar un indicador que operacionalice el inicio oportuno de los cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico de una enfermedad oncológica o no oncológica que amenace la vida, considerando los distintos niveles de atención.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	El detalle se desarrollará en el Plan en sí. El DS es una norma general.	
	Cobertura de servicios de cuidados paliativos **Artículo 3 (ámbito de aplicación) / Artículo 8.5 (Marco del PLANCP a nivel nacional, regional y local)** **Observación:** El reglamento señala que el PLANCP es de alcance nacional y se implementa a través de los distintos niveles de gobierno y de la IPRESS, pero no define cómo se medirá la expansión de la oferta de servicios.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	El detalle se desarrollará en el Plan en sí. El DS es una norma general.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	Sugerencia: Incorporar un indicador de cobertura institucional.			
	Calidad del control del dolor y otros síntomas Artículo 8.1 (Características del PLANCP, enfoque de calidad). Artículo 4.3 (Definición de cuidados paliativos) **Observación:** El reglamento enfatiza la mejora de la calidad de vida y el control de síntomas, pero no establece mecanismos de evaluación clínica estandarizada. **Sugerencia:** Incorporar indicadores de calidad asistencial.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	El detalle se desarrollará en el Plan en sí. El DS es una norma general.	
	Disponibilidad de medicamentos esenciales para cuidados paliativos Artículo 8.3 (Contenido del PLANCP – generación de normativa técnica). Artículo 8.6.b (Uso eficiente de recursos disponibles) **Observación:** El proyecto reconoce la necesidad de garantizar recursos para la atención paliativa, pero no contempla indicadores que aseguren la disponibilidad continua de medicamentos esenciales. **Sugerencia:** Incorporar un indicador de abastecimiento.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	El detalle se desarrollará en el Plan en sí. El DS es una norma general.	
	Capacitación del personal de salud en cuidados paliativos Artículo 8.3 (Capacitación del personal de salud) / Artículo 8.6.c (Fortalecimiento de competencias de los equipos interdisciplinarios) **Observación:** El reglamento dispone la capacitación del personal, pero no establece criterios para medir su cobertura o cumplimiento. **Sugerencia:** Incorporar un indicador de fortalecimiento de capacidades.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	El detalle se desarrollará en el Plan en sí. El DS es una norma general.	
	Registro, seguimiento y monitoreo de la atención paliativa.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	El detalle se desarrollará en el Plan en sí. El DS es una norma general.	

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	Artículo 4.10 (Tecnologías de la información y de la comunicación) / Artículo 8.6.a y 8.6.b (Continuidad y organización de la atención) **Observación:** Si bien se reconoce el uso de sistemas de información para la gestión en salud, no se establecen indicadores mínimos de registro clínico y seguimiento. **Sugerencia:** Incorporar un indicador de calidad del registro y seguimiento.			
	Consideramos fundamental que el proyecto normativo en consulta: 1. Se alinee explícitamente con los indicadores de desarrollo de cuidados paliativos propuestos por la OMS, utilizándolos como marco de referencia para la planificación, implementación y evaluación de las accione 2. Refuerce la integración de los cuidados paliativos en todos los niveles de atención, con énfasis en el primer nivel y en poblaciones vulnerables 3. Contribuya a garantizar el acceso efectivo a medicamentos esenciales, especialmente para el control del dolor, 4. Promueva el fortalecimiento de la formación de recursos humanos en cuidados paliativos, tanto en el pregrado como en la educación especializada. **5.** Consolide una gobernanza clara y sostenible de los cuidados paliativos, con mecanismos efectivos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.	Asociación Médica de Cuidados Paliativos del Perú (AMPCP)	El proyecto contiene lo indicado. El detalle solicitado debe ser expresado en el mismo PLANCP.	
	En relación al artículo 3 de la Ley No. 30846, enfoca los cuidados paliativos en enfermedades crónicas, se sugiere considerar lo siguiente: Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. La calidad de vida de los cuidadores también mejora. La indicación de cuidados paliativos se da cuando una persona tiene una enfermedad grave, crónica o avanzada y	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Todo ello está contemplado en el proyecto de Reglamento.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	necesita alivio del sufrimiento (físico, emocional, social o espiritual), independientemente de la expectativa de vida y en paralelo o no con tratamientos curativos.			
	Artículo 4. Definiciones 4.2 Cuidado integral de la salud. Agregar: …, considerando la Multidimensionalidad del ser humano: física, emocional, social, valórica, intelectual y espiritual	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	El concepto corresponde a la normatividad vigente.	
	Artículo 4. Definiciones 4.4 Duelo El duelo es el proceso natural de adaptación emocional, psicológica y social que experimenta una persona ante una pérdida significativa. Aunque suele asociarse a la muerte de un ser querido, también puede surgir por otras pérdidas enmarcadas en el rompimiento de un vínculo afectivo (salud, relaciones, roles, proyectos de vida, entre otras)	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Se considera una definición alterna, conjuntamente con la previamente establecida y el aporte del HNCH	**4.4. Duelo:** Proceso natural de adaptación emocional, psicológica y social que experimenta una persona ante la muerte u otras pérdidas significativas, que se manifiesta en forma de sufrimiento, aflicción u otras respuestas emocionales.
	Artículo 4. Definiciones Considerar las definiciones establecidas en la Norma Técnica de Salud N°235 MINSA/DIGTEL/2025, Norma Técnica de Salud en Telesalud.	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Se consideraron con la NTS de Telesalud.	
	Artículo 4. Definiciones Al ser incluida en las características del PLANCP (Artículo 8), deberían incluirse las siguientes definiciones: Humanización de la salud, Enfoque de derechos humanos, Enfoque de calidad y Enfoque ético.	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Se podrían incorporar en el PLANCP.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente
BORRADOR

	Artículo 8. Características del PLANCP 8.1 El PLANCP se enmarca en los siguientes enfoques: B. Enfoque de humanización de la salud, el cual se centra en el paciente, considerando sus necesidades físicas (control de síntomas), emocionales, sociales, psicológicas o espirituales, prioriza el buen trato y respeto a su autonomía y le apoya y asiste en su adaptación al proceso natural de la enfermedad y la muerte, con empatía, compasión y amor incondicional.	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	En un DS no debería tener consideraciones subjetivas.	
	8.2. El objetivo general del PLANCP es asegurar la inclusión de los CP en el Sistema Nacional de Salud, a fin de contribuir a la gestión de calidad de vida del paciente, su entorno familiar y los cuidadores (en este grupo se encuentra considerado el equipo multidisciplinario de salud)	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Objetivo General del PLANCP está establecido en la Ley 30846	
	8.4 Agregar: Acompañamiento de pacientes, familiares, cuidadores	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Se acepta, INCLUIR ** AGREGAR HOSPICIOS EN LA F.	g. Intervenciones orientadas a pacientes, familiares y cuidadores: acompañamiento; grupos de apoyo y soporte psicosocial; talleres multidisciplinarios de soporte; entre otros.
	8.5 u 8.6 Agregar: Impulsar la conformación de una red de servicios de cuidados paliativos como sector	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Se dará en el contexto de las RIS.	
	8.6 Agregar en f: Acompañante Espiritual en Clínica, Tanatólogos	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Probablemente se pueda incluir en el PLANCP	
	Disposiciones complementarias finales Agregar en primer párrafo: …ente rector del Sistema Nacional de Salud, que ejerce con responsabilidad la gobernanza, gobernabilidad en la gestión de los cuidados paliativos… Agregar en tercer párrafo	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Consultar a OGAJ si es pertinente incluir. Respecto a incluir una especialidad en específico, no sería factible, ya que se incluye a todas.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente
BORRADOR

	…afines a los CP y las relacionadas a administración y gestión en salud…			
	ÁMBITO. DE APLICACIÓN: Incluir a IAFAS, que son finalmente las que financian los servicios y prestaciones.	Colegio Médico del Perú	Se entendería que las IAFAS están dentro de los órganos y organismos del MINSA, ESSALUD y Sanidades.	
	ART. 4. DEFINICIONES 4.2. Cuidado integral de la salud: segundo párrafo" Comprende por un lado las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos, en torno a la persona, familia y comunidad, considerando la multidimensionalidad del ser humano (física, emocional, social, valórica, intelectual y espiritual), aplicando los enfoques de..." Nota: agregamos cuidados paliativos, porque está considerado así en la definición de ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD -OMS	Colegio Médico del Perú	Se incluyó, según lo solicitado arriba también.	4.2. (…) Comprende por un lado las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud.
	4.4 Duelo: Es el proceso natural de adaptación emocional, psicológico y social que experimenta una persona ante una pérdida significativa. Aunque suele asociarse a la muerte de un ser querido, también puede surgir por otras pérdidas enmarcadas en el rompimiento de un vínculo afectivo (salud, relaciones, roles, proyectos de vida, entre otros).	Colegio Médico del Perú	Se realiza una nueva definición de duelo, según las sugerencias de los aportes de las instituciones participantes.	4.4. Duelo: Proceso natural de adaptación emocional, psicológica y social que experimenta una persona ante la muerte u otras pérdidas significativas, que se manifiesta en forma de sufrimiento, aflicción u otras respuestas emocionales.
	4.6. y 4.7: deberá hacerse distinción. Una enfermedad en fase terminal, no necesariamente es mortal a corto plazo, por ejemplo una Insuficiencia Renal Crónica terminal en programa de hemodiálisis puede durar años. Por lo que deben revisarse ambos términos. En suma, pudieran ambos términos ser equivalente. El término que si habla de cercanía a la muerte es el de AGONÍA, que actualmente por tratamientos intensivos (UCI), puede durar semanas, meses e incluso años, con pérdida de la autonomía, gran uso de recursos, deterioro progresivo y síntomas y signos cambiantes y multifactoriales.	Colegio Médico del Perú	Dependiendo del tipo de enfermedadad, puede abarcar períodos diferentes de tiempo, no necesariamente cortos o inmediatos.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	4.8. Enfermedad que requiere cuidados paliativos: sería mejor encuadrarla dentro de la definición: enfermedad que amenaza o acorta la vida, puede ser oncológica o no oncológica, no necesariamente incurable: hay cánceres que ahora se curan, insuficiencias orgánicas que luego de trasplante normaliza su vida, enfermedades raras que van teniendo tratamiento específico (Fibrosis quística, por ejemplo).	Colegio Médico del Perú	Considerar enf que amenaza o acorta la vida. Concordar con la def actual.	
	Sugerimos incluir las siguientes definiciones **Atención Paliativa (AP). -** Aquella atención integral que tenga como objetivo mejorar la calidad de vida de aquellas personas subsidiarias de Cuidados Paliativos, de acuerdo con sus necesidades, en cualquier momento de la evolución (no vinculado necesariamente con pronóstico) de la enfermedad, en todos los niveles de atención de la salud, reservando la intervención de los servicios específicos de Cuidados Paliativos al criterio de complejidad y terminalidad.	Colegio Médico del Perú	No se incluirán más definiciones.	
	Equipo de Cuidados Paliativos.- Son equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios, que incorporan a la familia y cuidadores. Estos equipos pueden desempeñarse según su nivel de capacitación y especialización en cuidados paliativos de atención hospitalaria (tienen camas exclusivas de cuidados paliativos), atención de soporte hospitalaria (comparten el manejo hospitalario con médicos tratantes), atención ambulatoria y atención domiciliaria.	Colegio Médico del Perú	No se incluirán más definiciones.	
	Medicina Centrada en la Persona.- Enfoca al paciente desde una visión y quehacer integrales en todas sus dimensiones humanas, (biológica, psicológica, sociocultural y espiritual), tanto en la atención clínica individual, como en lo referente a la Salud Pública. Aspira, por ello, a ser personalizada, entendiendo a cada paciente como fenómeno único (persona) con sus aspectos de salud negativa (enfermedad y dolencia) y de salud positiva (bienestar y desarrollo personal). Su objetivo final propone integrar el quehacer médico científico y humanista en una trama médico-paciente y equipo de salud-población, con sólido fundamento ético y de impulso al desarrollo humano	Colegio Médico del Perú	No se menciona en el cuerpo del reglamento. Se puede abordar en el PLANCP.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	Voluntad anticipada.- Documento de consentimiento informado especial dirigido al equipo médico que asiste al paciente, en el cual una persona mayor de edad, competente y aquejada de una enfermedad grave y avanzada deja constancia de sus deseos, previamente expresados, sobre las actuaciones médicas, para cuando se encuentre en una situación crítica y en que por su estado de deterioro físico, no le permita expresar personalmente su voluntad	Colegio Médico del Perú	Puede abordarse en el PLANCP	
	Si bien es cierto la Tecnologías de la Información y comunicación son importantes en la era actual, creemos que el trabajo de Cuidados Paliativos es preferentemente presencial, de un exquisito acercamiento humano entre el paciente, la familia (cuidadores) y equipo de salud. Por lo que sugerimos que dichas definiciones sean solamente referenciadas al documento oficial que corresponde.	Colegio Médico del Perú	Si bien la atención presencial, es preferente, no se rechaza la Telemedicina, que puede tener utilidad, según cada caso particular.	
	EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Fundamento técnico de la propuesta normativa 1.1. Identificación del problema público ...para garantizar la continuidad de éste, que lleve a cumplir el objetivo de la inclusión de los CP en el Sistema Nacional de Salud para beneficio de todos los peruanos que requieran de ellos, pacientes, familiares, cuidadores, entorno y la sociedad en pleno.	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Agregaremos lo que está en rojo. Último párrafo.	
	1.2 Análisis del estado actual de la situación fáctica que se pretende regular **Definición y estado situacional de los cuidados paliativos** La OMS define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes —adultos y niños— y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Previene y alivia el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales. Definición publicada de OPS en el año 2023	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)	Actualizar definición.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care Los cuidados paliativos son un componente crucial de los servicios de salud integrados y centrados en las personas. Aliviar el sufrimiento grave relacionado con la salud, ya sea físico, psicológico, social o espiritual, es una responsabilidad ética global. Por lo tanto, ya sea que la causa del sufrimiento sea una enfermedad cardiovascular, cáncer, insuficiencia orgánica grave, tuberculosis farmacorresistente, quemaduras graves, enfermedades crónicas terminales, traumatismos agudos, prematuridad extrema al nacer o fragilidad extrema propia de la vejez, los cuidados paliativos pueden ser necesarios y deben estar disponibles en todos los niveles de atención. https://www.who.int/health-topics/palliative-care Los cuidados paliativos en el Perú y Latinoamérica El problema de los cuidados paliativos en el Perú Se sugiere incorporar datos actualizados desde el siguiente informe, donde Perú es partícipe - 2025: Palliative Care Atlas of the Americas 2025 Vilma A. Tripodoro, Daniela Suárez, Ana Cristina Béjar, Álvaro Montero, Paola Ruiz Ospina, José Mario López Saca, Mark Stoltenberg, Stephen Connor, Eduardo Garralda, Fernanda Bastos, Laura Monzón Llamas, Julen Herrero, Juan José Pons and Carlos Centeno.			
	Análisis de los CP según los indicadores de la OMS Primera dimensión En el Indicador 02: Falta incluir comentario que pasa con el Indicador 2 Dar impulso a las voluntades anticipadas Incluye la capacitación al equipo multidisciplinario de salud para respeto de voluntades anticipadas	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)		
	Análisis de los CP según los indicadores de la OMS Segunda dimensión	Federación Peruana de		

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	En el Indicador 3, ser más categórico no tenemos plan vigente al momento En el Indicador 4: o Enfatizar en los desafíos de la prestación de servicios pendiente o Incorporar la actividad de acompañamiento En el Indicador 5: Cuidados Paliativos no es un tema de cáncer, requiere gobernanza, gobernabilidad y liderazgo compasivo, con mirada integral Es importante considerar: En infraestructura, plantear: o Espacios adecuados para malas noticias o Espacios para el buen morir o Espacios para los pacientes en final de vida o Espacios para visita de mascotas o Espacios para mirar "verde"	Administradores de Salud (FEPAS)		
	Análisis de los CP según los indicadores de la OMS Tercera dimensión En el Indicador 7, ser más categórico y colocar la necesidad de armar un menú en investigación que le interesa a la Autoridad Sanitaria Nacional	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)		
	Análisis de los CP según los indicadores de la OMS Cuarta dimensión Es necesario garantizar la provisión desde la Autoridad Sanitaria Nacional, a todos los niveles de atención	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)		
	Análisis de los CP según los indicadores de la OMS **Quinta dimensión** En el Indicador 11: Articulación con las Facultades de Medicina, en el marco de rectoría, gobernanza,	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)		

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	gobernabilidad y liderazgo en salud; definición de metas en educación y formación □ En el Indicador 12: o Impulsar el residentado médico o Facilitar la capacitación vía pasantías			
	Análisis de los CP según los indicadores de la OMS **Sexta dimensión** □ En el Indicador 13: o Red Integrada de Servicios de Cuidados Paliativos para asistir a la necesidad a nivel nacional, regional y local o Unidades de Acompañamiento en establecimientos de salud o Impulso a los equipos de atención domiciliaria o Hospitalizaciones "domiciliarias" o Externalización de la hospitalización	Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS)		
	SUGERENCIAS A EXPOSICION DE MOTIVOS Incluir el reciente informe de la investigación colaborativa del grupo. ATLANTES, y presentado recientemente en MINSA, que exhibe panorama en LATAM y específicamente el nivel de desarrollo en Perú. Pueden acceder a documento Enel siguiente link: https://www.unav.edu/web/atlantes-global-observatory-of-palliative-care/monitoring/press-room/americas	Colegio Médico del Perú	Revisar y agregar.	
	Se sugiere actualizar estadísticas nacionales, las referencias son antiguas, como la tabla No. 03: número de defunciones según causa de muerte 2014-2016. Siendo MINSA la máxima autoridad, debe presentar por lo menos 2020-2025. De igual manera las proyecciones de necesidad de CP por enfermedad Gráfico No. 01. Tabla No. 4. Por lo cual el Gráfico No. 2 debiera ya tener cifras más próximas a realidad y proyección debe ser a 2030.	Colegio Médico del Perú	SE REALIZÓ LA PROYECCIÓN DEL GRÁFICO A 2030. Se evidencia que se triplica la necesidad.	

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	En cuanto a Oferta de servicios, sugerimos remitirse a investigación de ATLANTES, cuyo link fue compartido líneas arriba.	Colegio Médico del Perú		
	La Tabla No. 6 se habla de Brigadas, que son solo para CP Oncológicos, desconocemos la formación que pudieran tener los profesionales participantes en CP.	Colegio Médico del Perú	Son las brigadas de DPCAN, financiadas por el PPR 024	
	Análisis de los CP según indicadores: **Primera dimensión:** Empoderamiento de las personas y las comunidades. Se enumeran organizaciones profesionales, sin embargo, en las organizaciones de la Soc. Civil se enumeran ESPERANTRA (conflictos de interés al ser auspiciada por laboratorio farmacéutico). falta incluir comentario a Indicador 2. Además, debe incluirse e impulsarse a normas las "Voluntades Anticipadas" que incluya la debida capacitación del equipo de CP	Colegio Médico del Perú		
	Segunda dimensión: Políticas de salud. Indicador 3. El Plan Nacional aprobado mediante RM No. 939-2021/MINSA, quedó trunco, pues los grupos de trabajo formados no finalizaron (al menos la mayoría) ni entregaron sus productos. No ha habido evaluación conocida del avance del Plan ni del impacto producido. A la fecha y desde 2024 o hay ningún Plan vigente.	Colegio Médico del Perú		
	Indicador 4. Inclusión en paquetes de servicios prioritarios en APS: están incluidos en Política de Cáncer, en Ley de Enfermedades Raras y huérfanas es solo declarativo, ya que no está contemplado en las IPRESS donde se atiende este tipo de pacientes.	Colegio Médico del Perú		
	Indicador 5. Existencia de una autoridad nacional de coordinación del Programa: No existe en la realidad. La DGIESP lo delega en DPCAN, siendo en la realidad muy acotada y sesgada su intervención. Si bien, la implementación de CP Oncológicos tiene avances, lo cierto que el grupo más importante de pacientes que requieren CP son no oncológicos, y se encuentran desatendidos. Por lo que se requiere trabajar el tema desde la gobernanza, gobernabilidad y liderazgo con una mirada integral.	Colegio Médico del Perú		

BORRADOR
https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

	Es importante plantear el tema de Infraestructura, que requiere ciertos espacios especialmente dedicados como: espacios para dar malas noticias, para bien morir, para acompañamiento en final de vida, que incluya visitas y de ser pertinente mascotas. Espacios de relajación “verde”.	Colegio Médico del Perú		
	Tercera Dimensión: Investigación: esta es un área con avances en base a esfuerzos de los profesionales involucrados, no contando con apoyo del Estado. Investigación sigue siendo incipiente, ahora con un avance debido a los programas de Diplomado y Maestrías implementados en los últimos años. La Autoridad Sanitaria debe plantear las líneas prioritarias a investigar.	Colegio Médico del Perú		
	Cuarta dimensión: Uso de medicamentos esenciales. Los medicamentos considerados esenciales por la OMS, tiene un escaso y fraccionado abastecimiento en los establecimientos públicos y privados, especialmente la ausencia de dichos medicamentos en presentaciones pediátricas. El uso de medicamentos opioides continúa siendo inadecuado, insuficiente y mal distribuido, lo que se agrava por políticas de control de estupefacientes alejadas de las necesidades de las personas que los necesitan	Colegio Médico del Perú		
	Quinta dimensión: Desarrollo incipiente. No existe la especialidad o subespecialidad de Cuidados Paliativos, ni de adultos ni pediátricos. Es ausente la articulación con las Facultades (Escuelas) de Medicina, en el marco de la rectoría, gobernanza, gobernabilidad y liderazgo en salud, con definición de perfiles formativos y de competencias.	Colegio Médico del Perú		
	Sexta dimensión: Prestación de servicios integrados en CP. Implementación de Redes Integradas de Servicios de Cuidados Paliativos a nivel local, regional y nacional. Impulso a los equipos de atención domiciliaria con la debida capacitación, impulsar los programas de “hospital en casa”, coordinar “escuelas hospitalarias y en casa”.	Colegio Médico del Perú		

Elaborado y revisado por MC ABISAG DURAND GUEVARA – CERH – DENOT
Revisado por MG. MARLENE GOYBURU MOLINA DE GOMEZ – CP - DPCAN

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por DURAND GUEVARA Abisag FAU 20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04.08.2026 08:47:39 -05:00

https://t.me/realinteligence wasap: @modointeligente
BORRADOR

https://t.me/realintelligence wasap: @modointeligente

REPÚBLICA DEL PERÚ

Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

RESOLUCIÓN N° 001879-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA

Expediente : 00897-2026-JUS/TTAIP
Recurrente : **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO**
Entidad : **MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD**
Sumilla : Declara fundado en parte el recurso de apelación

Miraflores, 21 de abril de 2026

VISTO el Expediente de Apelación Nº 00897-2026-JUS/TTAIP de fecha 24 de febrero de 2026, interpuesto por **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO** contra el Memorándum N° D000574-2026-DGIESP-MINSA de fecha 6 de febrero de 2026, a través del cual el **MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD** atendió la solicitud de acceso a la información pública presentada con fecha 29 de enero de 2026, registrada con Solicitud N° 26-000932.

CONSIDERANDO:

I. ANTECEDENTES

Con fecha 29 de enero de 2026, el recurrente requirió a la entidad se le remita a través de su correo eléctrico la siguiente información:

> *"1. COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO QUE CONTENGA EL PROCESAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN DE LAS SUGERENCIAS Y COMENTARIOS AL PROYECTO DE REGLAMENTO DE LA LEY 30846; RECEPCIONADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL 971-2025/MINSA.*
>
> *2. COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO QUE CONTENGA LA PROPUESTA FINAL DEL REGLAMENTO DE LA LEY 30846; ELABORADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL 971-2025/MINSA".* (Sic.)

Mediante Memorándum N° D000574-2026-DGIESP-MINSA de fecha 6 de febrero de 2026, la entidad brindó respuesta al recurrente precisando que la información solicitada tiene carácter confidencial de conformidad con el numeral 1 del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por el Decreto Supremo Nº 021-2019-JUS[1], al señalar que: *"(…) corresponde a versiones preliminares y documentos de trabajo interno que*

[1] En adelante, TUO de la Ley de Transparencia.

contienen opiniones técnicas, recomendaciones y propuestas, elaboradas como parte del proceso deliberativo y consultivo previo a la toma de una decisión gubernamental, la cual se encuentra en trámite y aún no ha concluido, al no haberse emitido la resolución correspondiente que apruebe el referido reglamento". (Sic.)

Con fecha 24 de febrero de 2026, el recurrente interpuso ante esta instancia el recurso de apelación materia de análisis, señalando que la entidad no ha motivado ni ha acreditado de qué manera la información requerida se encuentra incluida en el supuesto de excepción al derecho de acceso a la información pública alegado por la entidad

A través de la Resolución N° 001012-2026-JUS/TTAIP-SEGUNDA SALA de fecha 2 de marzo de 2026[2], se admitió a trámite el referido recurso impugnatorio, requiriendo a la entidad la remisión del expediente administrativo generado para la atención de la solicitud de acceso a la información pública, así como la formulación de sus descargos.

En atención a ello, con Oficio N° D000318-2026-SG-OTRANS-MINSA, ingresado a esta instancia con fecha 6 de abril de 2026, la entidad remitió el expediente administrativo requerido y adjuntó el Memorándum N° D001636-2026-DGIESP-MINSA de fecha 4 de abril de 2026, a través del cual la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud señaló haber variado parcialmente la decisión inicialmente adoptada, indicando sobre el **ítem 1** de la solicitud de acceso a la información pública, que corresponde remitir la matriz de comentarios y observaciones consolidada de fecha 30 de marzo de 2026. En tanto, sobre el **ítem 2** de la aludida solicitud, informó que dicho documento aún no ha sido elaborado, debido a que el proceso de análisis, discusión e incorporación de aportes continúa en curso, situación que se encuentra debidamente sustentada en la matriz antes citada.

En esa línea, obra en autos la Carta N° D000205-2026-SG-OTRANS-MINSA de fecha 6 de abril de 2026, a través del cual la entidad remitió al recurrente el Memorándum N° D001636-2026-DGIESP-MINSA de fecha 4 de abril de 2026, descrito en el párrafo anterior.

Asimismo, se aprecia el correo electrónico de fecha 6 de abril de 2026, mediante el cual la entidad remitió al recurrente la Carta N° D000205-2026-SG-OTRANS-MINSA, el cual cuenta con el acuse de recepción automática de la misma fecha proveniente de la dirección electrónica del recurrente.

II. ANÁLISIS

El numeral 5 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú establece que toda persona tiene derecho a solicitar sin expresión de causa la información que requiera y a recibirla de cualquier entidad pública, en el plazo legal, con el costo que suponga el pedido, con excepción de aquellas informaciones que afectan la intimidad personal y las que expresamente se excluyan por ley o por razones de seguridad nacional.

A su vez, el artículo 3 del TUO Ley de Transparencia establece que por el principio de publicidad toda información que posea el Estado se presume pública, salvo las excepciones de ley, teniendo las entidades la obligación de entregar la información que demanden las personas en aplicación de dicho principio.

Por su parte, el artículo 10 del TUO de la Ley de Transparencia señala que las entidades de la Administración Pública tienen la obligación de proveer la información

[2] Notificada a la entidad con fecha 26 de marzo de 2026.

requerida si se refiere a la contenida en documentos escritos, fotografías, grabaciones, soporte magnético o digital, o en cualquier otro formato, siempre que haya sido creada u obtenida por ella o que se encuentre en su posesión o bajo su control; asimismo, para los efectos de la referida ley, se considera como información pública cualquier tipo de documentación financiada por el presupuesto público que sirva de base a una decisión de naturaleza administrativa, así como las actas de reuniones oficiales.

Cabe anotar que el segundo párrafo del artículo 13 del TUO de la Ley de Transparencia, establece que la denegatoria al acceso a la información solicitada debe ser fundamentada por las excepciones de ley, agregando el primer párrafo del artículo 18 de la referida norma que las excepciones establecidas en los artículos 15, 16 y 17 del TUO de la Ley de Transparencia son los únicos supuestos en los que se puede limitar el derecho al acceso a la información pública, por lo que deben ser interpretadas de manera restrictiva por tratarse de una limitación a un derecho fundamental.

Finalmente, el numeral 4.4 del artículo 4 del Reglamento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por el Decreto Supremo N° 007-2024-JUS[3], señala que cuando se denegara el acceso a la información requerida por considerar que no tiene carácter público, las entidades de la Administración Pública deberán hacerlo especificando la causal legal invocada.

2.1 Materia en discusión

De autos se aprecia que la controversia radica en determinar si la entidad atendió la solicitud de acceso a la información pública presentada por el recurrente conforme a lo dispuesto por el TUO de la Ley de Transparencia.

2.2 Evaluación de la materia en discusión

Sobre el particular, toda documentación que obra en el archivo o dominio estatal es de carácter público para conocimiento de la ciudadanía por ser de interés general, conforme lo ha subrayado el Tribunal Constitucional en el fundamento 5 de la sentencia recaída en el Expediente N° 4865-2013-PHD/TC indicando:

> *"La protección del derecho fundamental de acceso a la información pública no solo es de interés para el titular del derecho, sino también para el propio Estado y para la colectividad en general. Por ello, los pedidos de información pública no deben entenderse vinculados únicamente al interés de cada persona requirente, sino valorados además como manifestación del principio de transparencia en la actividad pública. Este principio de transparencia es, de modo enunciativo, garantía de no arbitrariedad, de actuación lícita y eficiente por parte del Estado, y sirve como mecanismo idóneo de control en manos de los ciudadanos"*. (Subrayado agregado)

Al respecto, el artículo 3 del TUO de la Ley de Transparencia, que consagra expresamente el Principio de Publicidad, establece que: *"Toda información que posea el Estado se presume pública, salvo las excepciones expresamente previstas por (…) la presente Ley"*; es decir, establece como regla general la publicidad de la información en poder de las entidades públicas, mientras que el secreto es la excepción. En esa línea, el Tribunal Constitucional en el fundamento 8 de la sentencia recaída en el Expediente N° 02814-2008-PHD/TC, ha señalado respecto del mencionado Principio de Publicidad lo siguiente:

[3] En adelante, Reglamento de la Ley de Transparencia.

> *"(…) Esta responsabilidad de los funcionarios viene aparejada entonces con el principio de publicidad, en virtud del cual toda la información producida por el Estado es, prima facie, pública. Tal principio a su vez implica o exige necesariamente la posibilidad de acceder efectivamente a la documentación del Estado"*

Asimismo, el Tribunal Constitucional ha precisado que les corresponde a las entidades acreditar la necesidad de mantener en reserva la información que haya sido solicitada por el ciudadano, conforme se advierte del último párrafo del fundamento 13 de la sentencia recaída en el Expediente N° 2579-2003-HD/TC:

> *"Como antes se ha mencionado, esta presunción de inconstitucionalidad se traduce en exigir del Estado y sus organos la obligación de probar que existe un bien, principio o valor constitucionalmente relevante que justifique que se mantenga en reserva, secreto o confidencialidad la información pública solicitada y, a su vez, que sólo si se mantiene tal reserva se puede servir efectivamente al interés constitucional que la justifica. De manera que, si el Estado no justifica la existencia del apremiante interés público para negar el acceso a la información, la presunción que recae sobre la norma o acto debe efectivizarse y, en esa medida, confirmarse su inconstitucionalidad; pero también significa que la carga de la prueba acerca de la necesidad de mantener en reserva el acceso a la información ha de estar, exclusivamente, en manos del Estado"* (Subrayado agregado)

En ese sentido, de los pronunciamientos efectuados por el Tribunal Constitucional antes citados, se infiere que toda información que posean las entidades de la Administración Pública es de acceso público; y, en caso denieguen el acceso a la información pública solicitado por un ciudadano, constituye deber de las entidades acreditar que dicha información corresponde a un supuesto de excepción previsto en los artículos 15 al 17 del TUO de la Ley de Transparencia, debido que poseen la carga de la prueba.

Dentro de ese contexto, el tercer párrafo del artículo 13 del TUO de la Ley de Transparencia establece que la solicitud de información no implica la obligación de las entidades de la Administración Pública de crear o producir información con la que no cuenten o no tengan obligación de contar al momento de efectuarse el pedido, en tal sentido, efectuando una interpretación *contrario sensu,* es perfectamente válido inferir que la Administración Pública tiene el deber de entregar la información con la que cuenta o aquella que se encuentra obligada a contar.

En el caso de autos, se aprecia que el recurrente requirió a la entidad la información detallada en los antecedentes de la presente resolución, en tanto, la entidad señaló que la información solicitada tiene carácter confidencial de conformidad con el numeral 1 del artículo 17 del TUO de la Ley de Transparencia. Frente a ello, el recurrente presentó el recurso de apelación materia de análisis, señalando que la entidad no ha motivado y acreditado de qué manera la información requerida se encuentra incluida en el supuesto de excepción al derecho de acceso a la información pública alegado.

En este contexto, a nivel de descargos la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud de la entidad señaló haber variado parcialmente la decisión inicialmente adoptada, indicando sobre el **ítem 1** de la solicitud de acceso a la información pública, que corresponde remitir la matriz de observaciones y comentarios consolidada de fecha 30 de marzo de 2026. En

tanto, sobre el **ítem 2** de la aludida solicitud, informó que dicho documento aún no ha sido elaborado, debido a que el proceso de análisis, discusión e incorporación de aportes continúa en curso, situación que se encuentra debidamente sustentada en la matriz antes citada. Asimismo, para acreditar dicha afirmación, obra en autos la Carta N° D000205-2026-SG-OTRANS-MINSA de fecha 6 de abril de 2026, a través de la cual la entidad remitió al recurrente el Memorándum N° D001636-2026-DGIESP-MINSA de fecha 4 de abril de 2026, mediante el cual informó lo antes descrito.

Siendo ello así, corresponde a este colegiado analizar si la entidad atendió la solicitud de acceso a la información pública presentada por el recurrente conforme a lo dispuesto por el TUO de la Ley de Transparencia.

a) Sobre el ítem 1 de la solicitud de acceso a la información pública

Al respecto, es pertinente resaltar lo dispuesto por el último párrafo del artículo 13 del TUO de la Ley de Transparencia que señala lo siguiente:

> *"**Artículo 13.- Denegatoria de acceso***
> *(…)*
> *Si el requerimiento de información no hubiere sido satisfecho, la respuesta hubiere sido ambigua o no se hubieren cumplido las exigencias precedentes, se considerará que existió negativa en brindarla".*
> (Subrayado agregado)

Asimismo, es necesario enfatizar que la solicitud de acceso a la información pública debe atenderse en sus propios términos (principio de congruencia), entregando, en caso de corresponder, los documentos requeridos en la misma, y no una información distinta a la solicitada.

En esa línea, es importante señalar que el derecho de acceso a la información pública no sólo implica el deber del Estado de publicitar sus actos promoviendo una cultura de transparencia conforme lo dispone el artículo 10 del TUO de la Ley de Transparencia, sino que también genera la obligación de otorgar al solicitante información clara, precisa, completa y actualizada, y en consecuencia, que no sea falsa, incompleta, fragmentaria, indiciaria o confusa, conforme lo señaló el Tribunal Constitucional en el fundamento 16 de la sentencia recaída en el Expediente N° 01797-2002-HD/TC:

> *"(…) el contenido constitucionalmente garantizado por el derecho de acceso a la información pública no sólo comprende la mera posibilidad de acceder a la información solicitada y, correlativamente, la obligación de dispensarla de parte de los organismos públicos. Si tal fuese sólo su contenido protegido constitucionalmente, se correría el riesgo de que este derecho y los fines que con su reconocimiento se persiguen, resultaran burlados cuando, p.ej. los organismos públicos entregasen cualquier tipo de información, independientemente de su veracidad o no. A criterio del Tribunal, no sólo se afecta el derecho de acceso a la información cuando se niega su suministro, sin existir razones constitucionalmente legítimas para ello, sino también cuando la información que se proporciona es **fragmentaria,** desactualizada, **incompleta, imprecisa**, falsa, no oportuna o errada. De ahí que, si en su faz positiva el derecho de acceso a la información impone a los órganos de la Administración pública el deber de informar, en su faz negativa, exige que la información que se proporcione no sea falsa, incompleta, fragmentaria, indiciaria o confusa".*
> (Subrayado agregado)

En el mismo sentido, resulta ilustrativo el criterio expresado por el Instituto Nacional de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales de México - INAI, en las resoluciones RRA 0003/16 (Comisión Nacional de las Zonas Áridas, 29 de junio de 2016), RRA 0100/16 (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, 13 de julio de 2016), y RRA 1419/16 (Secretaría de Educación Pública, 14 de septiembre de 2016): *"Para el efectivo ejercicio del derecho de acceso a la información, la congruencia implica que exista concordancia entre el requerimiento formulado por el particular y la respuesta proporcionada por el sujeto obligado; mientras que la exhaustividad significa que dicha respuesta se refiera expresamente a cada uno de los puntos solicitados. Por lo anterior, los sujetos obligados cumplirán con los principios de congruencia y exhaustividad, cuando las respuestas que emitan guarden una relación lógica con lo solicitado y atiendan de manera puntual y expresa, cada uno de los contenidos de información"*. (Subrayado agregado)

De este modo, se concluye que, al atender una solicitud de acceso a la información pública, la entidad tiene la obligación de brindar una respuesta completa y congruente con lo requerido, debiendo pronunciarse específicamente sobre la información solicitada.

En atención a lo expuesto, se aprecia que, respecto del **ítem 1**, la entidad atendió la solicitud de acceso a la información pública del recurrente en forma ambigua, imprecisa e incongruente, debido a que la entidad afirmó haber remitido la matriz de observaciones y comentarios consolidada de fecha 30 de marzo de 2026, adjuntando a sus descargos un documento que contiene rubros relacionados a observaciones, la entidad que observa y si se acepta o no justificación o sustento del cambio y propuesta del: *"**DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 29698**, LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y PREFERENTE ATENCIÓN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS, MODIFICADO POR LA LEY N° 31738 (al 30/03/2026)"* (subrayado y resaltado agregado); sin embargo, el requerimiento expreso del recurrente versa sobre: *"EL PROCESAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN DE LAS **SUGERENCIAS Y COMENTARIOS AL PROYECTO DE REGLAMENTO DE LA LEY 30846**"* (subrayado y resaltado agregado); al respecto, cabe indicar que con Resolución Ministerial N° 971-2025/MINSA del 29 de diciembre de 2025 se dispuso la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas, así como de su exposición de motivos y el Decreto Supremo que lo aprueba, a efectos de recibir sugerencias, comentarios o recomendaciones de las entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general; en otras palabras, con la matriz alcanzada la entidad estaría proporcionando un documento distinto al requerido.

En ese sentido, corresponde estimar este extremo de su recurso de apelación, disponiendo que la entidad entregue la información pública requerida en el **ítem 1** de la solicitud de acceso a la información pública.

b) Sobre el ítem 2 de la solicitud de acceso a la información pública

En el ítem 2 de la solicitud de acceso a la información pública, el recurrente solicitó: *"COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO QUE CONTENGA LA PROPUESTA FINAL DEL REGLAMENTO DE LA LEY 30846, ELABORADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL 971-2025/MINSA"*; no obstante, a nivel de descargos, la entidad ha sostenido que dicho extremo: *"aún no ha sido elaborado, debido a que el proceso de análisis,*

discusión e incorporación de aportes continúa en curso, situación que se encuentra debidamente sustentada en la matriz antes citada".

Sobre el particular, debemos recordar lo previsto en el primer párrafo del artículo 10 del TUO de la Ley de Transparencia: *"Las entidades de la Administración Pública tienen la obligación de proveer la información requerida si se refiere a la contenida en documentos escritos, fotografías, grabaciones, soporte magnético o digital, o en cualquier otro formato, siempre que haya sido creada u obtenida por ella o que se encuentre en su posesión o bajo su control".* (Subrayado agregado)

Al respecto, el tercer párrafo del artículo 13 del TUO de la Ley de Transparencia establece que: *"La solicitud de información no implica la obligación de las entidades de la Administración Pública de crear o producir información con la que no cuente o no tenga obligación de contar al momento de efectuarse el pedido. En este caso, la entidad de la Administración Pública deberá comunicar por escrito que la denegatoria de la solicitud se debe a la inexistencia de datos en su poder respecto de la información solicitada".* (Subrayado agregado)

Sobre lo alegado por la entidad, es preciso tener en cuenta que ninguna entidad está en la obligación de crear o producir información con la que no cuente o no tenga obligación de contar al momento de efectuarse el pedido, conforme lo establece el tercer párrafo del artículo 13 del TUO de la Ley de Transparencia.

En esta línea, a criterio de este Colegiado, la referida declaración de inexistencia de la información solicitada en este extremo, por parte de la entidad, debe tomarse como declaración jurada.

En el mismo sentido, el Tribunal Constitucional en los fundamentos 9 y 10 de la sentencia recaída en el Expediente N° 4710-2011-PHD/TC, ha establecido que a las comunicaciones emitidas por las entidades de la Administración Pública debe otorgárseles presunción de validez y carácter de declaración jurada, al señalar que:

> *"En dicho contexto, con fecha 17 de abril de 2012 se ha recibido el Oficio N.° 041-D-CEBA-COMERCIO 62-2012, mediante el que don Rubén Laureano Lázaro, en su condición de Director del Centro de Educación Básica Alternativa (CEBA COMERCIO N.° 62 Almirante Miguel Grau), Turno Noche, manifiesta que '(…) según el informe de la secretaría encargada actualmente no obra en archivo ningún memorándum emitidos entre los meses de enero y julio de 2008 por mi despacho (…)'.*
>
> *Sobre el particular, este Colegiado no puede más que otorgar a la comunicación antes consignada el carácter de declaración jurada, razón por la que le otorga presunción de validez, a menos que se demuestre lo contrario".* (Subrayado agregado)

En atención a lo expuesto, atendiendo a que la entidad ha referido la inexistencia de la información en su poder, se concluye que el recurso de apelación, respecto de la información requerida en este extremo, deviene en infundado, por la imposibilidad en la obtención de la información requerida.

Finalmente, de conformidad con los artículos 55 y 57 del Reglamento de la Ley de Transparencia, en aplicación de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, corresponde a cada entidad determinar la responsabilidad en que eventualmente hubieran incurrido sus funcionarios y/o servidores por la comisión de presuntas conductas infractoras a las normas de transparencia y acceso a la información pública.

Por las consideraciones expuestas y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 6 y el numeral 1 del artículo 7 del Decreto Legislativo N° 1353, Decreto Legislativo que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Fortalece el Régimen de Protección de Datos Personales y la Regulación de la Gestión de Intereses;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- DECLARAR FUNDADO EN PARTE el recurso de apelación interpuesto por **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO**; y, en consecuencia, **ORDENAR** al **MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD** que entregue al recurrente la información pública requerida en el extremo referido al **ítem 1** de la solicitud de acceso a la información pública, conforme a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

Artículo 2.- SOLICITAR al **MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD** que, en un plazo máximo de siete (7) días hábiles, acredite ante esta instancia el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

Artículo 3.- DECLARAR INFUNDADO el recurso de apelación interpuesto por **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO**, en el extremo referido al **ítem 2** de la solicitud de acceso a la información pública, conforme a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

Artículo 4.- DECLARAR agotada la vía administrativa al amparo de lo dispuesto en el artículo 228 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Artículo 5.- ENCARGAR a la Secretaría Técnica del Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la notificación de la presente resolución a **AUGUSTO JIMMY MELO TRUJILLO** y al **MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Artículo 6.- DISPONER la publicación de la presente resolución en la sede digital del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (www.gob.pe/minjus).

JUNIOR PICHÓN DE LA CRUZ
Vocal Presidente

JULIO CÉSAR MANCILLA CRESPO
Vocal

JESSICA MARTHA ROJAS BARRUETA
Vocal

vp: jpdlc/raav/Exp. 00897-2026